

253. INFORME MENSUAL DE GESTION REFUERZO SAPU

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑIAS
Nombre Completo	Cristian Kesternich Pérez
Rut:	
Profesión	MEDICO
Horas trabajadas	15
Días permiso administrativo o vacaciones	No Aplica
Días licencia médica	No Aplica
Fecha Informe	28 Febrero 2025

MONTO BOLETA	274.005
N° BOLETA	253

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01/01/2025	31/01/2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA
1	Atención médica oportuna y eficiente.
2	Generar un diagnóstico clínico con criterio de urgencia.
3	Indicar el tratamiento de urgencia correspondiente y efectuar los procedimientos que correspondan.
4	Registrar todas las acciones realizadas según normas e instructivos.
5	Recibir y entregar turnos en forma directa y personalizada.
6	Registrar en el DAU (Dato Atención Urgencia) completa y adecuadamente los datos correspondientes a cada paciente atendido.
7	Obtener consentimiento informado en los pacientes que corresponda.
8	Extender certificado de defunción cuando corresponda.
9	Registrar y notificar las enfermedades de notificación obligatoria y además las patologías GES.

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al Programa. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

Timbre y firma (P. Natural)	Timbre y Firma Director CESFAM
Nombre: Cristian Kesternich Pérez Rut:	Nombre: Carolina Troncoso Checco Rut:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre: Daniela Bastías González Rut:	Nombre: Rut:

Daniela Bastías González
Enfermera

**CINFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	SAPU LAS COMPAÑÍAS
Nombre Completo	Cristian Kesternich Pérez
RUT	16.430.920-7
Programa	PROGRAMA GESTIÓN LOCAL APS REFUERZO MÉDICO SAPU
Profesión	Médico
Fecha de informe	28/02/2025

Numero de Boleta	253
Monto Boleta	274.005

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01/01/2025	31/01/2025

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

En la fecha designada para la entrega de boletas del período en cuestión, me encontraba con Licencia Médica.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Cristian Kesternich Pérez RUT:	 Nombre Completo: Carolina Troncoso Checco RUT: Kinesióloga

Timbre y Firma Coordinadora Programa

Nombre Completo: Daniela Bastias González RUT: Enfermera